



REPUBLICA DE CHILE  
PROVINCIA DE LINARES  
I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
Departamento de Personal

DECRETO EXENTO N° : 4929,

PARRAL, Octubre 19 del 2011.-

VISTOS:

- 1.- Las facultades que me confiere la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- Lo establecido en la ley N° 18.883 de 1989, Ley que Aprueba el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- La Licencia Médica N°34374750, presentada por doña **CAROLINA ROMERO ALBORNOZ.-**

DECRETO:

1.- **AUTORIZASE**, a Doña **CAROLINA ROMERO ALBORNOZ**, Administrativo, Grado 16° E.M.R., por (07) Siete días de Licencia Médica, para el establecimiento de su salud, a contar del 18.10.2011., debiendo reasumir a sus funciones el día 25.10.2011.-

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



*GLADYS VASQUEZ BARRERA*  
GLADYS VASQUEZ BARRERA  
JEFA DE PERSONAL (S)



*Alejandra Roman Clavijo*  
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION

- Archivo.
- Personal.
- Administración.

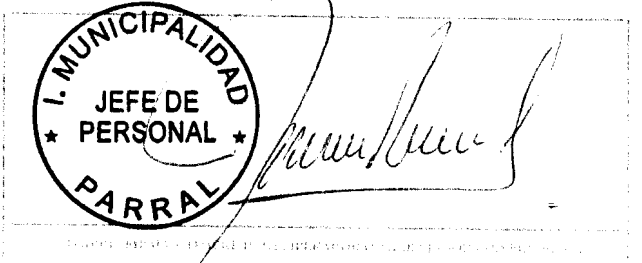
**C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**

CONFORME A LOS OBLIGATORIOS DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR DEPENDIENTE (E)

| TOTAL DIAS | DESDE |     |     | HASTA |     |     |
|------------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|
|            | DIAS  | MES | AÑO | DIAS  | MES | AÑO |
| 20         | 13    | 03  | 11  | 01    | 06  | 11  |
| 20         | 02    | 06  | 11  | 21    | 06  | 11  |
| 03         | 22    | 06  | 11  | 24    | 06  | 11  |
| 03         | 22    | 08  | 11  | 24    | 08  | 11  |
| 07         | 04    | 10  | 11  | 10    | 10  | 11  |

NOTA: El empleador deberá presentar a la Unidad de Licencias Médicas del Servicio de Salud e ISAPRES, dentro de los 15 días hábiles siguientes al cumplimiento de la licencia.

1 11/11/11



**NO ABRIR, USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

**A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL**

RUT: 114019482-5

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: *Médica Puerto HTS*

APPELLIDO PATERNO: *PUERTO* | APPELLIDO MATERNO: *HTS* | NOMBRES: *MARCELA*

ESPECIALIDAD: *Médica*

FECHA DEL TRABAJADOR: *11/11/11*

1 = MEDICO  
2 = DENTISTA  
3 = MATRONA

**A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO**

LUGAR DE REPOSO: 1 = SE DONCHICHO

REPOSO LABORAL TOTAL: 1

REPOSO LABORAL PARCIAL: 2

REPOSO PARCIAL: 3

SOLAMENTE PARA: 4

REPOSO NOCTURNO: 5

REPOSO POR LA TARDE: 6

REPOSO POR LA MAÑANA: 7

DIRECCION: *V. Pk 11 # 63*

TELÉFONO: *7-252502*

**A.3. TIPO DE LICENCIA**

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN

2 = ENFERMEDAD MEDIANA PERMANENTE

3 = LICENCIA MATERNA PRE Y POST NATAL

4 = ENFERMEDAD GRAVE MEDIANA PERMANENTE

5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAFECTO

6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL

7 = PATOLOGÍA DEL EMBAZAZO

RECUPERABILIDAD: 1 = SI, 2 = NO

INICIO TRÁMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI, 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAFECTO: *11/11/11*

FECHA DE LA CONFERENCIA: *11/11/11*

**A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO**

RUT: *12548925-1*

FECHA EMISION LICENCIA: *11/10/11*

FECHA INICIO DE REPOSO: *18/10/11*

EDAD: *37*

SEXO: *M*

APPELLIDO PATERNO: *PUERTO* | APPELLIDO MATERNO: *HTS* | NOMBRES: *MARCELA*

FECHA DE NACIMIENTO: *11/11/11*

**SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**

**A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

RUT: *12548925-1*

FECHA INICIO DE REPOSO: *18/10/11*

EDAD: *37*

SEXO: *M*

APPELLIDO PATERNO: *PUERTO* | APPELLIDO MATERNO: *HTS* | NOMBRES: *MARCELA*

FECHA DE NACIMIENTO: *11/11/11*

Nº DE DIAS: *07*

FECHA EMISION LICENCIA: *11/10/11*

Nº 2-34374750

TRABAJADOR DEL SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión de la licencia.  
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR AUTÓNOMO

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
69130700 K 637700 181011

DIRECCION NO 720

PARRAL PARRAL

REGISTRO DE EMPLEADOS (Formulario con campos para datos personales y laborales)

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR AUTÓNOMO O TRABAJADOR DEPENDIENTE

RELACION PREVISIONAL (Formulario con campos para datos previsionales)

RECIBI PRIMERO AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01 08 93

SUBSIDIO DE ENFERMEDAD (Formulario con campos para datos de subsidio)

INFORME DE RUMERACIONES RENTAS Y SUBSIDIOS

INTEGRACION DE MENES EN UN PERIODO DE TRABAJO (CONTINUO)

Table with columns for month/year, days worked, and amounts. Includes handwritten entries for months 08/07, 08/08, and 08/09.

INTEGRACION DE MENES EN UN PERIODO DE TRABAJO (DISCONTINUO)

Table with columns for month/year, days worked, and amounts. Includes handwritten entries for months 08/07, 08/08, and 08/09.